

Panel-Erhebungen mit Gesundheitsbezug

Mueller, Ulrich O.; Bormann, Cornelia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mueller, U. O., & Bormann, C. (2004). Panel-Erhebungen mit Gesundheitsbezug. *ZUMA Nachrichten*, 28(55), 53-96.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-207631>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

PANEL-ERHEBUNGEN MIT GESUNDHEITSBEZUG

ULRICH O. MUELLER & CORNELIA BORMANN

Wir geben im Folgenden einen Überblick über Panel-Erhebungen mit Gesundheitsbezug in Deutschland. Aufgenommen wurden alle uns bekannt gewordenen Erhebungen, die wenigstens teilweise sozialwissenschaftliche Items beinhalten (also etwa keine reinen Arzneimittel-, oder Hormonsubstitutionsstudien), die noch aktiv sind oder dies zumindest bis in die letzten Jahre waren, und die der akademischen Sozialforschung zu erträglichen Kosten allgemein zugänglich sind. Durch die Aufnahme gut getesteter Gesundheitsinstrumente in den SOEP und den ALLBUS, den beiden wichtigsten Vorhaben der sozialwissenschaftlichen Bevölkerungsdauerbeobachtung in Deutschland, hat sich in den letzten Jahren die Situation der gesundheitssoziologischen Forschung bei uns erheblich verbessert. Noch immer aber fehlen große, gesundheitszentrierte Panelerhebungen, sowohl national repräsentative Erhebungen wie prospektive Gemeindestudien. Weil es solche Studien in Deutschland nicht gibt, ist viel zu wenig bekannt, wie viel an gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen über Risikofaktoren oder Belastungen nach sozialer Lage an solchen Studien im Ausland gewonnen wurde. Stellvertretend sei die Framingham Heart Study genannt: Seit 1948 werden an einer Stichprobe von ursprünglich 5209 erwachsenen Einwohnern dieser Kleinstadt 20 km westlich von Boston / Massachusetts und ihren Nachkommen die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen untersucht. Heute selbstverständliches Wissen über die Risikofaktoren Cholesterin, Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes, Bewegungsmangel, gesättigte Fettsäuren in der Nahrung etc. wurde zuerst an den Daten dieser Studie gewonnen. Die Kosten des demographischen Alterns wie des medizinischen Fortschritts, sowie die für viele überraschenden Befunde gleichbleibender oder sogar noch zunehmender sozialer Unterschiede bei Krankheitsbelastung und Mortalität in einer Gesellschaft mit rasant wachsender Lebenserwartung führen gegenwärtig dazu, dass gesundheitsbezogene Items in immer mehr Bereichen der empirischen Sozialforschung untersucht werden. Insofern dürfte unser Überblick auch für Nichtspezialisten interessant sein. Sehr gerne lassen wir uns auf Panel-Erhebungen aufmerksam machen, die wir womöglich vergessen haben.

The article presents an overview of all health-related panel studies in Germany. Four inclusion criteria were used: 1. a minimum of 2 survey waves were required; a cross sectional survey with a mortality follow-up, for example, would therefore not be included 2. the last wave must have been fielded within about the last ten years; 3. the sample must allow references to the general population in some fashion, may not consist only of respondents with a certain clinical diagnosis, and the survey instrument must include some behavioural items of relevance to social science research; 4. the academic research community must have ready access to the data at acceptable costs for individual researchers.

1 Vorteile und Nachteile von Paneldaten

Die Untersuchung von individuellen Verläufen und Veränderungen in den einzelnen Geburtskohorten kann gegenüber Querschnittuntersuchungen zu weitaus tieferen Einsichten in die kausale Richtung bestimmter Wirkungen und Effekte bei statistischen Zusammenhänge führen.

Kausalität sei statistisch wie folgt operationalisiert:

- Es muss eine statistisch bedeutsame Assoziation zwischen Ursache und Wirkung bestehen, d. h., es muss eine Korrelation vorliegen.
- Die Ursache muss der Wirkung zeitlich vorausgehen.
- Die Assoziation zwischen Ursache und Wirkung darf nicht auf eine Drittvariable zurückgehen, d. h., der Einfluss von möglichen Störfaktoren muss durch Kontrolle eliminiert werden und im Falle einer solchen Kontrolle darf der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung nicht verschwinden.

Dabei sind zwei Analyseschritte notwendig, die nur an individuellen Verlaufsdaten möglich sind:

- Prüfung des Vorhandenseins und Bestimmung von Stärke und Richtung eines statistischen Zusammenhangs,
- Prüfung der Kausalinterpretation der Verursachungsrichtung gegen alternative Erklärungen (Selektions-, Confounder-, Mehrebeneneffekte etc.).

Dass der Nachweis von so definierter Kausalität möglich ist, macht den entscheidenden Vorteil einer Längsschnitterhebung mit Individualdaten (Panellerhebung) aus gegenüber der Beobachtung von zeitlichen Veränderungen mittels einer Serie von Querschnitterhebungen (Trenderhebung). So muss zum Beispiel der bekannte Zusammenhang zwischen

Einkommen und Gesundheit nicht notwendigerweise bedeuten, dass ein höheres Einkommen das Morbiditätsrisiko verringert (Kausaleffekt), sondern er kann auch dadurch bewirkt werden, dass ein guter Gesundheitszustand einer nachhaltigen Einkommensverbesserung förderlich ist bzw. ein schlechter Gesundheitszustand über Arbeitslosigkeit und Frühberentung zu einem geringeren Einkommen führt (Selektionseffekt).

Durch Querschnittbetrachtungen wird der Einfluss des Gesundheitsverhaltens leicht unterschätzt. Denn nicht selten dürfte der Fall auftreten, dass Personen zunächst bei guter Gesundheit einen ungesunden Lebensstil haben, später, nach Einsetzen von Krankheit oder Beschwerden, einen Lebensstil zeigen, der eher gesundheitsförderlich oder zumindest stabilisierend ist. Solche Personen tragen bei Querschnittuntersuchungen dazu bei, den statistischen Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit zu verwischen.

Dagegen lassen sich durch Wiederholungsbefragungen derselben Personen etwa folgende Fragen beantworten:

- Entwickelt sich das Gesundheitsverhalten von arbeitslosen Personen mehr in eine gesundheitsschädliche Richtung als das von Personen in Beschäftigung?
- Welche Personen in beiden Gruppen verbessern ihr Gesundheitsverhalten?

Längsschnitterhebungen mit Individualdaten (Panelerhebungen) haben aber auch Nachteile.

1. Nicht-zufällige Panel Mortalität (Non Random Panel Attrition): Im Vergleich zur Stichprobe der 1. Welle ist die Längsschnittstichprobe im Regelfall von einer Erhebungswelle zur nächsten immer weniger repräsentativ für die entsprechende Altersgruppe. Bei der Wiederholungsbefragung sind diejenigen nicht mehr dabei, die zwischenzeitlich verstorben sind. Ferner fehlen diejenigen, deren Gesundheit bei der Wiederholungsbefragung zu schlecht für eine Teilnahme ist. Es fehlt also ein gewisser Anteil von (möglicherweise schon bei der Erstbefragung) gesundheitlich belasteten Personen. Dann sind Befragte der ersten Welle(n) aus anderen Gründen nicht mehr auffindbar oder nicht mehr bereit, sich weiter befragen zu lassen. Die Merkmale dieser Ausfälle unterscheiden sich im Regelfall von denen Befragter in der oder den späteren Welle(n). Besonders problematisch ist dies dort, wo gerade bestimmte Ausprägungen der Zielvariablen einer Erhebung mit einem erhöhten Ausfallrisiko einhergehen, so wie dies bei einer Gesundheitserhebung der Fall ist.
2. Ein weiteres Problem stellen Paneffekte dar: Befragte werden durch die Befragung auf gewisse Dinge aufmerksam gemacht und gehen etwa nach der Befragung zur Krebsvorsorgeuntersuchung, oder ändern ihre Ernährung, was sie sonst nicht gemacht hätten. Oder sie nehmen vielleicht sogar eine soziale Erwünschtheit bestimmter Ant-

worten erst wahr: Starke Raucher oder Menschen ohne sportliche Aktivitäten, auch wenn sie sich weiter befragen lassen, modifizieren ihre Angaben bei jeder Wiederholungsbefragung ein weiteres Stück.

3. Aber auch andere Effekte des wiederholten Befragens auf das Antwortverhalten treten auf: Da bei persönlichem mündlichem Befragungsmodus ein Wechsel des Interviewers ein häufiger Anlass für ein Ausscheiden aus der Erhebung ist, wird ein solcher von den Erhebungsinstituten nach Möglichkeit vermieden; der Preis dafür ist, dass eine jahrelange Bekanntschaft mit einem Interviewer unkalkulierbare Interviewereffekte auf das Antwortverhalten haben kann.

Diese Nachteile haften allen Panelerhebungen an. Teilweise können diese Nachteile dadurch kompensiert werden, indem aus anderen Quellen – gegebenenfalls durch eine parallele Serie von Querschnitterhebungen (Trenderhebung) – die Veränderungen wichtiger Parameter und Merkmale in der beobachteten Grundgesamtheit erhoben werden, um unterscheiden zu können, welche beobachteten Trends im Datensatz der individuellen Verläufe (Paneldatensatz) tatsächlich Trends in der Grundgesamtheit – sei es auf Individualebene: z. B. die Einkommensentwicklung; sei es auf Populationsebene: z.B. die Entwicklung der Einkommensungleichheit – sind, und welche sich aus der genannten, im Erhebungsverlauf zunehmenden, Selektivität des Paneldatensatzes ergeben.

Die Notwendigkeit eines solchen Abgleichs zwischen Trends im Paneldatensatz und in der Grundgesamtheit hierzu wird um so größer, je länger die Laufzeiten und die Erhebungsintervalle der Panels sind.

Ein weiteres Mittel – aber erst in Panelerhebungen mit mehreren Wellen einsetzbar – gegen die zunehmende Selektivität sind Nachziehungen von Fällen mit solchen Merkmalen, die im bisherigen Verlauf der Erhebung gehäuft ausgefallen sind.

2 Gesundheitsbezogene Panelerhebungen

Panelerhebungen mit Schwerpunkt auf gesundheitsbezogenen Variablen unterscheiden sich von anderen sozialwissenschaftlichen Panelerhebungen (mindestens) durch folgende drei Charakteristika:

1. Es geht oft weniger um eine korrekte Schätzung von Prävalenzen oder Inzidenzen in der Grundgesamtheit oder irgendwelcher durch verschiedene soziostrukturelle Merkmalskombinationen definierte Untergruppen. Es geht statt dessen meist um die Etablierung statistischer Assoziationen zwischen bestimmten Expositionen einerseits, bestimmten Erkrankungsrisiken andererseits, und dann die Prüfung, ob einer Kausalin-

interpretation der Vorzug gegeben werden kann gegenüber Selektions-, Confounder-, oder Mehrebeneneffekten. Während etwa der Arbeitsmarkt oder die schulische Sozialisation erhebliche regionale Unterschiede aufweisen kann, stellen die Angehörigen ethnischer Großgruppen eine genetisch ausreichend homogene Gruppe dar, so dass nachgewiesene Kausal-, Selektions-, Confounder-, oder Mehrebeneneffekte auch von regional sehr begrenzten Stichproben – etwa einer einzigen Kommune – problemlos verallgemeinert werden können.

2. Vergleichsweise sehr lange Verlaufszeiten können immer noch zu hochrelevanten Befunden führen. Der Nachweis der Wirksamkeit bestimmter Arbeitsmarktmaßnahmen, die aber erst nach einer Latenzzeit von 20 Jahren auftritt, wird nur schwer gelingen, und ist in vielen Fällen folgenlos, weil sich der Arbeitsmarkt ohnehin so geändert hat, dass praktische Konsequenzen ohnehin nicht in die Augen springen. Bei Ernährung, Substanzabhängigkeiten, Impfungen oder anderen Präventivmaßnahmen wird der Nachweis eines Kausaleffektes, so er vorhanden ist, im Lauf der Zeit immer überzeugender und verliert keinesfalls an Relevanz.

Die Boyd Orr Kohortenstudie beispielsweise besteht aus in der 1. Welle etwa 8 Jahre alten 4999 Kindern aus 1343 Haushalten, die 1937-39 an einem von der US amerikanischen Carnegie Foundation finanzierten Erhebung über Ernährung und Gesundheit an 16 verschiedenen Zentren in England und Schottland teilgenommen hatten. In den 1990 Jahren wurden 4334 dieser Kinder im zentralen Register des englischen National Health Service aufgefunden und seither für eine Vielzahl von Untersuchungen über das mit bestimmten Expositionen (Wohnung, Ernährung, medizinische Versorgung während der Kindheit etc.) verwendet. Weitere Beispiele sind die drei englischen Geburtskohorten, bei denen Kinder mit der Geburt in die Beobachtungsgruppe gezogen und fortlaufend weiterbeobachtet werden (National Survey of Health and Development, NSHD – Kinder mit dem Geburtsdatum 3.-9. März 1946; National Child Development Study, NCDS – Kinder mit dem Geburtsdatum 3.-9. März 1958; und die 1970 British Cohort Study, BCS70 Kinder mit dem Geburtsdatum 5.-11. April 1970). Auf ihnen beruht eine Vielzahl von Einsichten in das Zusammenwirken von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.

3. Es werden biomedizinische Parameter erhoben, die bei Klassifikationsschemata oder diagnostischen Regeln durch den Fortschritt der Wissenschaft veralten können. Oft messen solche Parameter die selben Konstrukte, die durch sozialwissenschaftliche Items erhoben werden, ohne dass den biomedizinischen Parametern von vornherein eine höhere Validität zugesprochen werden könnte.

Im Folgenden sind die wichtigsten Panelerhebungen für Deutschland beschrieben, die gesundheitliche Themen umfassen¹.

Die drei Auswahlkriterien waren für uns:

1. Mindestens 2 Erhebungswellen – also lediglich eine erste Welle mit einer anschließenden prospektiven Mortalitätserhebung unter den Teilnehmern reicht nicht aus.
2. Die Stichprobe muss einen gewissen Bezug zur Allgemeinbevölkerung haben, darf nicht nur Patienten mit einer speziellen Diagnose beinhalten, und muss genügend Verhaltensvariablen aus dem Interessenspektrum der Sozialwissenschaften erheben. Eine rein klinische Stichprobe (Beispiel: alle Patienten, die im Jahr 1990 dialysepflichtig wurden), oder eine diagnose- oder interventionsspezifische Grundgesamtheit (Beispiel: Alle mittels Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) gezeugten Kinder), oder eine nur biomedizinische Variablen erhebende Follow-Up-Studie (Beispiel: Die Verknüpfung von Daten der Perinatalerhebung mit denen von Schuleingangsuntersuchungen), scheiden bei dieser Erwägung aus.
3. Die Daten müssen der akademischen Forschung zu erträglichen Kosten zugänglich sein. Wo in den verfügbaren Informationen über eine Erhebung eine solche Zugänglichkeit nicht explizit zugesichert und beschrieben wird, nahmen wir sie dann an, wenn der Datenhalter ausschließlich eine akademische Einrichtung (und nicht in Kooperation mit einem Industrieunternehmen) ist, und wir in direkter persönlicher Kommunikation nicht gegenteiliges in Erfahrung bringen konnten.

2.1 Mikrozensus

Zielsetzung: Im Mikrozensus wird seit 1957 (in den neuen Bundesländern seit 1991) jedes Jahr 1 Prozent der Bevölkerung über ihre demographische, soziale und wirtschaftliche Situation befragt. Im Vergleich zu den Erhebungen der empirischen Sozial- und Wirtschaftsforschung besteht beim Mikrozensus eine Teilnahmepflicht der Befragten, so dass eine sehr hohe Ausschöpfungsquote realisiert wird. Im Rahmen des Mikrozensus werden alle Haushalte und Personen eines Auswahlbezirks in vier aufeinander folgenden Jahren befragt, wobei nach jeder Befragung ein Viertel der Auswahlbezirke ausgetauscht wird (Verfahren der partiellen Rotation oder einer rotierenden Stichprobe). Dieser Aspekt der Stichprobenziehung ermöglicht die Konstruktion eines Längsschnittdatensatzes über einen Zeitraum, der sich über maximal vier Jahre erstreckt.

1 Die Beschreibungen erfolgen meist unter Verwendung von Textbausteinen, die aus den Internet-Auftritten oder aus gedruckten Dokumentationen der jeweiligen Datenhalter entnommen sind. Auf eine detaillierte Angabe dieser oftmals anonymen Quellen wurde hierbei verzichtet.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten die statistischen Ämter seit Mitte der 1980er-Jahre die Ordnungsnummern zum Zusammenführen der Stichprobeneinheiten des Mikrozensus über die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte hinweg jedoch nicht mehr nutzen. Dies ist erst wieder seit dem Mikrozensus-Gesetz von 1996 möglich. Allerdings werden die aus dem Auswahlbezirk wegziehenden Haushalte und Personen nicht weiter befragt, sondern durch die in die betreffenden Wohnungen einziehenden Personen ersetzt.

Der Mikrozensus ist eine dezentrale Statistik, d.h. seine organisatorische und technische Vorbereitung erfolgt beim Statistischen Bundesamt, die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung der Daten obliegt den Statistischen Landesämtern. Rechtsgrundlage des Mikrozensus ist das Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz) von 1996. Einmal jährlich werden 1% aller Haushalte in Deutschland – das sind insgesamt rund 390 000 Haushalte mit 830 000 Personen – befragt; darunter etwa 150 000 Personen in rund 72 000 Haushalten in den neuen Ländern und Berlin-Ost. Damit ist der Mikrozensus die größte jährliche Haushaltsbefragung in Europa. Im früheren Bundesgebiet gibt es ihn bereits seit 1957, in den neuen Ländern und Berlin-Ost seit 1991. Das Frageprogramm des Mikrozensus besteht aus einem festen Grund- und Ergänzungsprogramm mit jährlich wiederkehrenden Tatbeständen, das überwiegend mit Auskunftspflicht belegt ist. Darüber hinaus gibt es in vierjährigem Rhythmus Zusatzprogramme an Teilstichproben der Hauptstichprobe (u.a. zur Wohnsituation, Gesundheit und Altersvorsorge der Bevölkerung), die teilweise von der Auskunftspflicht befreit sind. Die Fragen zur Gesundheit wurden zum letzten Mal im Mai 2003 an etwa 0,45% der Bevölkerung gerichtet.

Die Angaben beziehen sich jeweils auf eine festgelegte Berichtswoche. In der Regel ist dies die letzte feiertagsfreie Woche im April.

Stichprobe: Der Mikrozensus ist eine Zufallsstichprobe, bei der alle Haushalte die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit haben. Dazu werden aus dem Bundesgebiet Flächen (Auswahlbezirke) ausgewählt, in denen alle Haushalte und Personen befragt werden. Dieses Prinzip der Flächenstichprobe führt zu methodischen Komplikationen in Verbindung mit räumlicher Mobilität. Umgekehrt bietet die automatische Erfassung von Zuzügen jedoch einige Vorteile gegenüber anderen Haushaltspanels, insbesondere im Hinblick auf die Repräsentation von Populationsveränderungen. In einem aufwendigen Methodenprojekt an statistischen Ämtern und Forschungsinstituten wird gegenwärtig die Technik der Zusammenführung der Daten aus den einzelnen Wellen optimiert.

Die Antwortquote im Mikrozensus beträgt regelmäßig 97%; 3% der zu befragenden Haushalte fallen aus, überwiegend weil sie nicht erreichbar sind. Diese sogenannten „bekannten Ausfälle“ werden im Mikrozensus durch ein besonderes Verfahren ausgeglichen

(Kompensationsverfahren). Bei Fragen mit freiwilliger Auskunftserteilung sind die „Ohne-Angabe“-Quoten je nach Merkmal sehr unterschiedlich.

Design/Befragungsmodus: Der Mikrozensus ist überwiegend eine persönliche standardisierte Befragung aller Personen im Haushalt durch Interviewer. Allerdings steht den Befragten auch offen, die Auskünfte schriftlich zu erteilen. Fremdauskünfte für andere Haushaltsmitglieder sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Standarddemographie
- Haushaltskomposition, Familien- und Lebensformen
- zum Haushalt gehörende Kinder
- Ausbildungsstand und Erwerbstätigkeit
- Wohnsituation (nicht jedes Jahr)
- Gesundheit (nicht jedes Jahr)
- Rauchverhalten (nicht jedes Jahr)
- Altersvorsorge der Bevölkerung (nicht jedes Jahr)

Datenhalter/Finanzierung: Bund und Länder

Erhebungsinstitut: Statistische Ämter von Bund und Ländern

Datenzugang: Über Abteilung Mikrodaten bei ZUMA, Mannheim; Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder

Bemerkung: Die gesundheitsbezogenen Variablen im Datensatz sind in Zahl und Aussagekraft sehr begrenzt. 2003 waren es im wesentlichen Angaben über gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Krankheiten und Unfälle, Rauchgewohnheiten, Körpergröße und Körpergewicht. Genaue Angaben über die Art der Krankheit oder des Unfalls wurden nicht erhoben. Durch die vergleichsweise sehr großen Fallzahlen lassen sich freilich auch noch über vieldimensionale Merkmalskombinationen als Expositionen sinnvolle Aussagen über das Risiko von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Rauchgewohnheiten, Übergewicht machen.

Die Hauptbedeutung des Mikrozensus für die Forschung mit gesundheitsbezogenen Panneldaten liegt vor allem in seinem Charakter als Referenzdatenbasis für die Verteilung soziostruktureller Merkmalskombinationen in der Bevölkerung.

Referenzen:

Statistisches Bundesamt (2003). Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Lehnert, D. & Kohlmann, A. (2003). Mikrozensus 1998 – Dokumentation und Datenaufbereitung. ZUMA-Methodenbericht 2003/01, 1-8.

www.destatis.de/themen/d/thm_mikrozensus.htm.

2.2 Sozioökonomisches Panel (SOEP)

Das Sozioökonomische Panel ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern in Deutschland. Sie wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik durchgeführt. 1990 wurde die Studie auf das Gebiet der ehemaligen DDR ausgeweitet; 1994/95 wurde die »Zuwanderer-Stichprobe« in den Datensatz integriert. Weitere zusätzliche Stichproben wurden in den Jahren 1998, 2000 und 2002 in die laufende Erhebung aufgenommen. Besondere Vorzüge dieser Panelerhebung ist der Haushaltskontext (Befragung aller erwachsenen Haushaltsmitglieder) sowie die überproportionale Ausländerstichprobe; gegenwärtig die größte Wiederholungsbefragung bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland (Haushalte mit einem Vorstand türkischer, spanischer, italienischer, griechischer oder ehemals jugoslawischer Nationalität; die Erhebung von Zuwanderung (nach Angaben der SOEP-Studienleitung gegenwärtig die einzige methodisch zuverlässige Stichprobe von Zuwanderern, die von 1984 bis 1995 nach Westdeutschland gekommen sind).

Stichprobe: Das SOEP begann in Westdeutschland 1984 mit 5921 Haushalten mit 12290 erfolgreich befragten Personen (Deutsche: Stichprobe A, Ausländer Stichprobe B), von denen nach 19 Wellen im Jahre 2002 noch 3889 Haushalte mit 7175 Personen dabei sind. Im SOEP-Ost (Stichprobe C) wurden 1990 2179 Haushalte mit 4453 Personen befragt; 2002 waren noch 1818 Haushalte mit 3466 Personen dabei. Die Zuwanderer-Stichprobe D startete 1994/95 mit 1078 Befragten in 522 Haushalten, von denen 780 Befragte in 402 Haushalten im Jahre 2002 noch dabei waren. Die Ergänzungsstichprobe E aus dem Jahre 1998 startete mit 1910 Personen in 1056 Haushalten, von denen im Jahre 2002 1373 Personen in 773 Haushalten erneut befragt werden konnten. 2000 wurde die Innovationsstichprobe F mit 10890 Befragten in 6052 Haushalten gezogen, um auf Basis einer großen Fallzahl bessere Analysen kleiner Teilgruppen der Bevölkerung zu ermöglichen. Für das Jahr 2002 stehen aus dieser Stichprobe Informationen zu weiteren 8427 Befragungspersonen in 4586 Haushalten zur Verfügung. Im Jahre 2002 wurde eine Zufalls-Stichprobe G von 1224 Haushalten von Hocheinkommensbezieher (mindestens 4500,- € Haushaltsnettoeinkommen ~ 2,7 % aller Haushalte) mit 2671 Befragungspersonen gezogen.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

SOEP Welle	Stichproben A und B		Stichprobe C		Stichprobe D		Stichprobe E		Stichprobe F		Stichprobe G	
	Perso- nen	Haus- halte	Perso- nen	Haus- halte	Perso- nen	Haus- halte	Perso- nen	Haus- halte	Perso- nen	Haus- halte	Perso- nen	Haus- halte
1984	12290	5921										
1985	11090	5322										
1986	10646	5090										
1987	10516	5026										
1988	10023	4814										
1989	9710	4690										
1990	9519	4640	4453	2179								
1991	9467	4669	4202	2030								
1992	9305	4645	4092	2020								
1993	9206	4667	3973	1970								
1994	9001	4600	3945	1959								
1995	8798	4508	3892	1938	1078	522						
1996	8606	4445	3882	1951	1023	498						
1997	8467	4389	3844	1942	972	479						
1998	8145	4285	3730	1886	885	441	1910	1056				
1999	7909	4183	3709	1894	838	425	1629	886				
2000	7623	4060	3687	1879	837	425	1549	842	10890	6052		
2001	7424	3977	3576	1850	789	398	1464	811	9098	4911		
2002	7175	3889	3466	1818	780	402	1373	773	8427	4586	2671	1224
2003	6999	3814	3453	1807	789	399	1332	744	8006	4386	2013	911

Design/Befragungsmodus: Persönlich-mündliche Befragung, in Teilmodulen auch schriftliche oder Proxi-Befragung.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

kontinuierlich Daten über

- Haushaltszusammensetzung, Wohnsituation
- Erwerbs- und Familienbiographien
- Erwerbsbeteiligung und berufliche Mobilität
- Einkommensverläufe
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)
- gesellschaftliche Partizipation
- Lebenszufriedenheit

In jährlich wechselnden Schwerpunktthemen darüber hinaus Daten zu

- Familie und soziale Dienste
- Zeitverwendung
- Weiterbildung und Qualifikation
- Soziale Sicherung

Seit dem Befragungsjahr 2000 werden zusätzlich von den 16- bis 17-jährigen Haushaltsmitgliedern jugendspezifische Biographiedaten erhoben; seit 2003 beantworten Mütter von Neugeborenen Fragen nach Indikatoren der kindlichen Entwicklung.

Datenhalter: Die Durchführung und Entwicklung der Längsschnittstudie "Sozioökonomisches Panel" erfolgt in Form einer "Serviceeinrichtung für die Forschung" im Rahmen der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) mit Sitz am DIW Berlin. Das SOEP wurde 1983 in Berlin als Teilprojekt des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Sonderforschungsbereichs 3 (Sfb 3) "Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik" gegründet, welches an den Universitäten Frankfurt/Main und Mannheim angesiedelt war. Leiter des Projektes war bis 1988 Prof. Dr. Hans-Jürgen Krupp. Im Jahr 1989 übernahm Prof. Dr. Gert G. Wagner die Projektleitung.

Finanzierung: Von 1990 bis 2002 wurde das SOEP als DFG-Projekt gefördert, seit 2000 mit einer Zusatzfinanzierung durch das BMBF. Seit dem Jahr 2003 ist das SOEP auf Beschluss der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) in die institutionelle Förderung durch Mittel des Bundes und der Länder aufgenommen.

Erhebungsinstitut: Infratest Sozialforschung (jetzt: TNS München)

Datenzugang: Der anonymisierte Mikro-Datensatz des SOEP wird Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen für Forschung und Lehre gegen eine geringe Nutzungsgebühr vom DIW zur Verfügung gestellt. Die Verwendung der Daten für Gutachten unterliegt besonderen Regelungen. Für die Datennutzung ist aus Gründen des Datenschutzes der Abschluss eines Datenweitergabevertrages mit dem DIW, Berlin notwendig.

Bemerkung: Das SOEP ist die qualitativ höchstwertige Panelerhebung der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen enge Kontakte zu großen sozioökonomischen Panelerhebungen anderer Länder, insbesondere zum Panel Study on Income Dynamics (PSID) der USA, aber auch Canadas und Großbritanniens. Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage für die Sozialwissenschaften ALLBUS, eine Trenderhebung, und der SOEP sind die beiden wichtigsten Erhebungen der sozialwissenschaftlichen Dauerbeobachtung in Deutschland und insofern als Referenzdatensätze unentbehrlich.

Die Zahl und Aussagekraft gesundheitsbezogener Items in den Instrumenten aller Wellen vor 2002 ist allerdings gering. Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde immer, die nach der subjektiven Gesundheitseinschätzung fast immer gestellt; ansonsten wurden – auch nicht immer – Fragen nach Krankenhausaufenthalten, anerkannten Behinderungen sowie finanziellen Belastungen durch Krankheit gestellt. Erst in der Welle 2002 wurde mit einer Version des SF-12 ein gut getestetes Instrument eingesetzt, mit dem 8 Dimensionen der physischen und der psychischen Belastbarkeit erfasst werden können. Dieses Instrument, welches freilich nicht bei jeder zukünftigen Welle eingesetzt werden soll, ermöglicht auf breiter Front nationale und internationale Vergleiche der SOEP Daten auch im Bereich Gesundheit.

Referenzen:

Holst, E, Hunt, J. & Schupp, J. (eds.) (2003). Proceedings of the 5th International Conference of Socio-Economic Panel Users. In Schmollers Jahrbuch, 123, 1, 1-2. Berlin: Duncker & Humblot.

www.diw.de/deutsch/sop/uebersicht/index.html

2.3 Europäisches Haushaltspanel (ECHP)

Zielsetzung: Beim Europäischen Haushaltspanel (ECHP) handelt es sich um eine jährliche Längsschnitterhebung zur Abbildung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen in Europa. Es wird im Auftrag der Europäischen Kommission vom Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) zusammen mit den nationalen statistischen Ämtern der Mitgliedstaaten durchgeführt. Europaweit beteiligen sich etwa 65 000 Haushalte an der Befragung. In Deutschland haben insgesamt ca. 5 000 Haushalte an den ersten drei Wellen 1994-96 teilgenommen.

Einbeziehung des SOEP: Die deutsche amtliche Statistik hat entschieden, bei der Fortführung des ECHP die deutsche Stichprobe nicht über die dritte Welle hinaus zu befragen. Um die dadurch entstehende Datenlücke schließen zu können, wurde eine Alternativlösung erarbeitet, die die Nutzung und Konvertierung der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) vorsieht. Dabei werden die Daten des SOEP auch rückwirkend für die drei ersten Wellen integriert, so dass für die Erhebungsperiode 1994-96 sowohl die Daten der amtlichen Statistik als auch konvertierte SOEP-Daten vorliegen und vergleichende Analysen erlauben. Nach gegenwärtigem Stand sind ca. 2/3 der von Eurostat erhobenen Variablen direkt aus dem SOEP ableitbar.

Referenzen: s. SOEP

2.4 Niedrigeinkommen-Panel

Zielsetzung: Mitte der 90er Jahre hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) das Niedrigeinkommen Panel (NIEP) mit dem Ziel der Bereitstellung einer verbesserten Datengrundlage im Bereich des prekären Wohlstandes bzw. der Armut etabliert. „Aufgabe des NIEP war und ist die Durchführung einer sowohl hinsichtlich der Befragungsinhalte als auch der Zahl der einbezogenen Haushalte breit angelegten Wiederholungsbefragung von Haushalten im unteren Einkommensbereich (unteres Quintil) sowie die Analyse der Befragungsdaten. Die Untersuchung soll Informationen über den Verlauf dynamischer Prozesse der Armutsentstehung und -überwindung liefern, die in dieser Form bisher nicht zur Verfügung stehen, und damit die Grundlage für gezielte präventive und reaktive Maßnahmen zur Vermeidung und Bekämpfung von Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zu schaffen“ (Methodenbericht).

Stichprobe: repräsentative Haushaltsstichprobe in den alten und neuen Ländern im unteren Einkommensbereich; Grundgesamtheit: deutschsprachige Privathaushalte mit einem Haushaltsvorstand ab 18 Jahren und Telefonanschluss, die zum Zeitpunkt der 1. Welle zum Niedrigeinkommensbereich gehört haben.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle (1999): n = 1.922 realisierte Fallzahl
2. Welle (2000): n = 1.693 realisierte Fallzahl
3. Welle (2000): n = 1.531 realisierte Fallzahl
4. Welle (2001): n = 1.421 realisierte Fallzahl
5. Welle (2001): n = 1.309 realisierte Fallzahl
6. Welle (2002): n = 1.212 realisierte Fallzahl

Insgesamt wurden 9.082 Befragungen durchgeführt.

Design/Befragungsmodus: Telefonische Befragung (Computer Assisted Telephone Interviewing CATI)

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Demographie und Erwerbssituation
- Haushaltszusammensetzung
- Soziale Herkunft, familiäre Unterstützung
- Einkommen, finanzielle Unterstützung
- Wohnsituation, Wohnqualität, Wohnkosten
- Außergewöhnliche Belastungen (Pflegebedürftigkeit)

- Gesundheit
 - Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
 - Behinderung durch Gesundheitszustand im alltäglichen Leben
 - Einschränkung der Erwerbstätigkeit durch Gesundheitszustand
 - Bestehende Krankheiten und Beschwerden
 - Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Arztes
 - Rauchverhalten
 - Alkoholkonsum (Häufigkeit und Intensität)
- Ernährungsgewohnheiten
- Soziale Netzwerke
- Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt
- Subjektive Einschätzung der Lebenssituation

Datenhalter/Finanzierung: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS)

Erhebungsinstitut: Infratest Sozialforschung (jetzt: TNS München)

Datenzugang: Das BMGS stellt die Daten des NIEP für wissenschaftliche, nicht kommerzielle Analysen zur Verfügung. Ein formloser Antrag mit Benennung des Forschungsziels muss an Infratest Sozialforschung gestellt werden, von wo die Abstimmung mit dem BMGS sowie die spätere Datenweitergabe vorgenommen wird.

Bemerkung: Zweifelhaft ist, ob die Stichprobe der befragten Haushalte im unteren Einkommensbereich (unteres Quintil) wirklich diese Grundgesamtheit repräsentativ abbilden – insbesondere wenn man eine telefonische Befragung durchführt.

Es sind nur deutschsprachige Privathaushalte befragt worden, d.h. ausländische Haushalte und Heimbewohner sowie Nichtsesshafte und Obdachlose fehlen. Außerdem sind die Haushalte, die in der 1. Welle nicht zur Population zählten, sondern erst ggf. zu einem späteren Zeitpunkt das Einschlusskriterium erfüllten (Neueintritt in Armut), nicht in der Stichprobe enthalten.

Referenzen:

Kortmann, K., Sopp, P. & Thum, M. (2002). *Das Niedrigeinkommens-Panel (NIEP). Methodenbericht. Gesamtuntersuchung.* Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. München: Infratest Sozialforschung.
www.bmgs.bund.de

2.5 Lebenserwartungssurvey

Zielsetzung: Mit den Daten des Lebenserwartungssurveys soll die Entwicklung von Mortalität und Morbidität in Zusammenhang mit Veränderungen der Lebens- und Umweltbedingungen sowie von individuellen Lebensweisen untersucht werden. Die Datenbasis der Ersterhebung (1. Welle) stellt der im Rahmen der Deutschen Herz-/Kreislauf-Präventionsstudie (DHP – einer großangelegten epidemiologischen gemeindeorientierten multizentrischen Interventionsstudie) in den Jahren 1984-86 durchgeführte Nationale Gesundheitssurvey in den alten Ländern unter dem Titel „Leben + Gesundheit in Deutschland“ (Teil: Nationaler Befragungssurvey) sowie der im Jahre 1991/92 durchgeführte Survey in den neuen Ländern (Nationaler Gesundheitssurvey Ost) dar. Im Auftrag des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung wurden diese Personen erneut (2. Welle) im Jahre 1998 befragt. Die Wiederholungsbefragung lief unter dem Titel „Untersuchung über Lebensbedingungen, Umwelt und Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland“. Ferner wurden die Daten über Sterbedatum Befragter der 1. Welle, die vor der 2. Welle innerhalb Deutschlands verstorben waren, erhoben (Mortalitäts-Follow-Up).

Stichprobe: Die Ersterhebung ist eine Querschnittbefragung, die an einer repräsentativen, zweistufigen mehrfachgeschichteten Zufallsstichprobe der westdeutschen Bevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren (keine Ausländer) durchgeführt wurde. Die Stichprobe wurde durch eine regional geschichtete zufallsgesteuerte Ziehung aus dem Einwohnermelderegister gewonnen.

Am Nationalen Gesundheitssurvey West, (NBS t_0), nahmen 10.945 Personen teil. Dies entsprach einer Ausschöpfungsrate von 67 %. Bezogen auf die Altersgruppe der über 45jährigen ergibt sich eine Gesamtzahl von 8.474 Probanden. Diese Erhebung wird als 1. Welle der westdeutschen Stichprobe des vorliegenden Panel-Datensatzes verwendet. Am Nationalen Gesundheitssurvey Ost beteiligten sich 2.617 Personen im Alter von 18 – 79 Jahren, was einer Ausschöpfungsrate von ca. 70 % entsprach. Davon waren 1.546 Probanden im Alter von über 45 Jahren. Diese Erhebung wird als 1. Welle der ostdeutschen Stichprobe des vorliegenden Panel-Datensatzes verwendet.

Für die Wiederholungsbefragung wurde der Personenkreis auf die zu diesem Zeitpunkt 45 und mehr Jahre Alten beschränkt.

Bei der Betrachtung der Ausfall- und Verstorbenenanzahlen ist zu bedenken, dass trotz identischem Mindestalter die westdeutsche Stichprobe in der zentralen Tendenz älter ist und auch mit längerem Intervall beobachtet wurde, dadurch kommen die höheren Ausfall- und Verstorbenenanteile zustande.

	Befragte in der 1. Welle	Davon in der 2. Welle		
		... Teilnehmer	... Ausfälle	... im Intervall Verstorbene
Ost	1546	904	528	114
West	8474	3939	3620	915

Design/Befragungsmodus: Die Ersterhebung West war eine postalische Erhebung mit einem Selbstausfüllfragebogen, im Osten wurde der Selbstausfüllfragebogen während der Teilnahme an einer medizinischen Untersuchung ausgefüllt. Die Wiederholungsbefragung 1998 wurde als schriftliche Befragung durchgeführt. Das Sterbedatum der im Intervall zwischen 1. und 2. Welle Verstorbenen wurde vom Erhebungsinstitut bei den Einwohnermeldeämtern erhoben – Todesursachen sind allerdings nicht dokumentiert.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographische Standards (Alter, Geschlecht, Familienstand, Konfession, Sozialstatus Bildung, Berufsstatus, Einkommen)
- Gesundheitsindikatoren: Funktionaler Status (Activities of Daily Living), Vorhandensein von Krankheiten, Vorhandensein von Beschwerden, Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36), Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, Beachtung der Gesundheit, Zahl der Arztbesuche im Verlauf der letzten 12 Monate, Lebenszufriedenheit
- Belastungen und Ressourcen: Berufliche Belastungen, Lebensereignisse, Arbeitslosigkeit, Soziale Beziehungen, Schlechte Wohnbedingungen
- Gesundheitsverhalten (Gesundheitslebensstile): Frühstück, Gesunde Ernährung, Vitamine, Stärkungsmittel, Rauchen, Alkohol, Sportliche Betätigung, Übergewicht

Datenhalter: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung am Statistischen Bundesamt, Wiesbaden

Finanzierung: Bundesregierung

Erhebungsinstitut: Infratest Gesundheit, München (jetzt: TNS Healthcare München)

Datenzugang: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Die Daten stehen als Public Use File zur Verfügung.

Bemerkung: Trotz der nur zwei Wellen ist der Lebenserwartungssurvey die wichtigste deutsche Panelerhebung mit Schwerpunkt auf Gesundheitsvariablen. Es ist dringend zu

wünschen, dass sich die Mittel zur Finanzierung einer dritten Welle gegen Ende dieses Jahrzehnts finden. Als absolutes minimales Programm ist ein weiteres Verfolgen der Mortalität der Befragten der ersten Welle zu wünschen.

Referenzen:

Hoffmeister, H., Hoeltz, J., Schön, D., Schröder, E.; Guether, B. (1988). Nationaler Untersuchungs-Survey und regionale Untersuchungssurveys der DHP. Band 1. Bonn: DHP-Forum, 1.

Hoeltz, J., Bormann, C., Schroeder, E. (1990). Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-/Kreislauf-Präventionsstudie. 2 Bände. München.

Mueller, U., Heinzel-Gutenbrunner, M. (2001). Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Datenanalyse für das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB Nachrichten Heft 102c).

2.6 Healthcare Access Panel

Zielsetzung: Das Healthcare Access Panel von TNS Healthcare, einer Tochter der TNS Infratest-Gruppe München, stellt ein Informationssystem über Gesundheit, Krankheit und Leistungsinanspruchnahme als Ergänzung zu offiziellen Statistiken und anderen Datenquellen dar. Damit sollen epidemiologische und gesundheitsökonomische Basisdaten zur Verfügung gestellt werden.

Stichprobe: Bundesweite bevölkerungsproportionale (Alter und Geschlecht) Stichprobe aus (deutschen) Haushalten, deren Mitglieder bereit sind, an periodischen Befragungen teilzunehmen.

Im Jahre 1999 wurden erstmals Gesundheitsthemen in das Panel aufgenommen. Es besteht aus 31.605 Haushalten mit ca. 85.000 Personen jeglichen Alters, die in der Regel einmal jährlich befragt werden. Das bedeutet, dass das Panel eine Ein-Promille-Stichprobe der deutschen Bevölkerung umfasst.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle mit Gesundheitsthemen 1999: n = 78.610
2. Welle mit Gesundheitsthemen 2002: n = 60.000 (18-79 Jahre)
3. Welle für (Herbst) 2004 in Vorbereitung

Design/Befragungsmodus: Schriftliche Befragung

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:**1. Welle:**

- Soziodemographie/Haushaltsstrukturdaten/regionale Zuordnung
- 12-Monats-Prävalenz von ausgewählten (chronischen) Krankheiten
- Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (Ärzte, Krankenhaus, Impfungen, alternative Behandlungsmethoden)
- Verwendung rezeptfreier und rezeptpflichtiger Medikamente
- Körpergröße und -gewicht
- Rauchen
- Bereitschaft zum Wechsel der Krankenkasse
- Interesse an Krankheitszusatzversicherung

2. Welle:

- Soziodemographie/Haushaltsstrukturdaten/regionale Zuordnung
- 12-Monats-Prävalenz von ausgewählten (chronischen) Krankheiten
- Nutzung von Gesundheitsleistungen (Arzt, Gesundheitsberufe, Krankenhaus, stationäre Reha, Pflegedienst/Pflegefall)
- Medikamentenkonsum
- Krankheitstage
- Präventionsverhalten/Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
- Körpergröße und -gewicht
- Sportliche Aktivität/Freizeitbeschäftigung

Datenhalter/Finanzierung: TNS Healthcare (München)

Datenzugang: kein Public Use File; Standardberichte können von TNS Healthcare, München, bezogen und Sonderauswertungen in Auftrag gegeben werden.

Bemerkung: Es handelt sich bei der Stichprobe um befragungsbereite Haushalte. Der Längsschnitt ist auf der Haushaltsebene sichergestellt, nicht notwendigerweise auf der Ebene der Haushaltsmitglieder. Eine Nachverfolgung ausgezogener Haushaltsmitglieder wird nicht durchgeführt. Fehlende Werte einzelner Haushaltsmitglieder in einzelnen Wellen müssen gegebenenfalls durch Imputationen geschätzt werden.

Referenzen:

Potthoff, P., Heinemann, L. & Güther, B. (2004). A household panel as a tool for cost-effective health-related population surveys: validity of the „Healthcare Access Panel“. Ein Haushaltspanel als kosteneffektive Grundlage für bevölkerungsbezogene Gesundheitssurveys. German Medical Science, 2.

I+G. Healthcare Access Panel Newsletter seit 2000. München.

www.tns-infratest.com

2.7 Gesundheitsmonitor

Zielsetzung: Innerhalb des von der Bertelsmann-Stiftung finanzierten Projektes „Gesundheitsmonitor“ wird in regelmäßigen Abständen der Status quo der ambulanten Versorgung durch Befragungen von Versicherten und Ärzten erhoben. Dabei liegt der Fokus auf der Erhebung relevanter Komponenten der Gesundheitsversorgung einschließlich der Prävention, der Patientenorientierung gesundheitspolitischer Entscheidungen und den Implementationschancen bei Leistungserbringern.

Stichprobe: Für die Bevölkerungsstichprobe: quotierte Stichprobe aus dem Healthcare Access Panel, die unter Berücksichtigung von regionalstatistischen Strukturmerkmalen (Bundesland, BIK²-Typ) und soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht) deutschlandweit repräsentativ ist. In Privathaushalten lebende, deutschsprachige Personen im Alter von 18 – 79 Jahren. Die Befragung erfolgt im halbjährlichen Abstand.

Es wird zusätzlich eine Ärztebefragung als Querschnittsstudie bei einer disproportionalen Stichprobe mit einer Sollvorgabe von jeweils 250 Ärzten der Grundversorgung bzw. der fachärztlichen Versorgung (geschichtetes Quotenverfahren für Zielperson. Quotierungskriterien sind Gebietsbezeichnung (Internist, Allgemeinmediziner, Gynäkologe etc.) und Bundesland durchgeführt.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

Versichertenstichprobe:

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. Welle (Ende 2001): | n = 1.483 Personen |
| 2. Welle (Mitte 2002): | n = 1.514 Personen |
| 3. Welle (Ende 2002): | n = 1.512 Personen |
| 4. Welle (Mitte 2003): | n = 1.546 Personen |
| 5. Welle (Ende 2003): | n = 1.543 Personen |
| 6. Welle (Mitte 2004): | n = 1.548 Personen |

Design/Befragungsmodus: Für Versichertenstichprobe: schriftliche Befragung

2 Ausgehend von einem von Olaf Boustedt in den 50er und 60er Jahren entwickelten Stadtregionsmodell werden vier Stadtregionszonen gebildet: Kernstadt, Ergänzungsgebiet, verstädterte Zone, Randzone. Eine BIK Stadtregion (nach dem gleichnamigen Hamburger Markt- und Sozialforschungsinstitut, das dieses Konzept zur Anwendung gebracht hat) wird festgelegt über Mindestgröße (z.B. Kernstadt über 40.000 Einwohner, Einzugsbereich über 80.000 Einwohner) und Verflechtung (definiert über Pendler und Anzahl verflochtener Gemeinden). Stadtregionen werden abgegrenzt über Bevölkerungsdichte, Anteil Eigentümerwohnungen und Anteil Einpersonenhaushalte. (nach Gesundheitsmonitor Bertelsmannstiftung 2002)

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:*Versichertenbefragung:*

- Soziodemographie
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem
- Bereitschaft zur Zuzahlung
- Zustimmung zum Hausarztmodell
- Zustimmung zu Selbstbehaltsmodellen
- Zustimmung zu Grund- und Wahlleistungen

Datenhalter/Finanzierung: Bertelsmann-Stiftung.

Erhebungsinstitut: TNS Healthcare München,

Datenzugang: kein Public Use File; Datenverfügbarkeit muss über TNS Healthcare bzw. die Bertelsmann Stiftung geklärt werden.

Referenzen:

Böcken, J. et al. (2003). Gesundheitsmonitor 2003. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

www.bertelsmann-stiftung.de

www.healthpoliymonitor.org/en/Deutsche_Zusammenfassung.html

2.8 GKV-Daten

a) Versichertenstichprobe von KV und AOK Hessen sowie AOK Schleswig-Holstein

Zielsetzung: Nutzung der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Hessen und der AOK Schleswig-Holstein für Informationen zum Versorgungsgeschehen und zur Abbildung der realen Gesundheitsversorgungssituation; Darstellung von Behandlungsverläufen; Eruierung von Versorgungsdefiziten; Outcomeforschung

Stichprobe: 18,75 % Stichprobe aus ca. 1,9 Mio. Versicherten der AOK in Hessen, d.h. ca. 320.000 Versicherte pro Jahr (kein recall-bias, kein drop-out, kein Selektionsbias)

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1.1.1998 bis 31.12.2002 (Vollerhebung der Versicherten) Hessen

1.1.1996 bis 31.03.1999 (Schleswig-Holstein) plus Fragebogenerhebungen

Erhebungsparameter:

- Alter, Geschlecht
- Diagnosedaten

- AOK-Leistungsdaten (Arbeitsunfähigkeit, stationäre Aufenthalte, Krankengeld, Notarzt- und Pflegedaten)
- Verordnungsdaten (inkl. ärztlich verschriebene Medikamente nach § 300 SGB V)
- Krankenhausdiagnosen
- Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen
- KV-Abrechnungsdaten

Fragebogenerhebung in S.-H.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

- Risiko- und Protektivfaktoren
- Erkrankungen und deren Behandlung
- Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
- Arbeitsplatz und berufliche Belastungen
- Einstellungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Prozessqualität der Gesundheitsberatung
- Ressourcen bei Verhaltensänderungen
- Einflussgrößen der Nachhaltigkeit

Datenhalter/Finanzierung: KV und AOK Hessen und Schleswig-Holstein

Datenzugang: Daten werden von einzelnen Forschergruppen (z.B. PMVforschungsgruppe, Köln) analysiert; Antrag über Datenhalter.

<http://www.pmvforschungsgruppe.de>

b) Daten der Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK)

Zielsetzung: Bereitstellung von Informationen zum Gesundheitszustand der GEK-Versicherten

Stichprobe: Mitglieder der GEK (Vollerhebung, bundesweit) (ca. 1,4 Mio. Personen)

Startpunkt: seit 1990, schwerpunktmäßig seit 1998 bis heute

Erhebungsparameter: Es werden jährlich folgende Leistungsdaten für die Analyse zur Verfügung gestellt:

- Alter, Geschlecht, Beruf, regionale Zuordnung/Bundesland
- Arbeitsunfähigkeit mit ICD-Diagnosen (Fälle, Tage/Dauer)
- stationäre Behandlungen mit ICD-Diagnose
- Arzneimittelverordnungen (Präparate, Packungsgrößen, Kosten)
- Sterblichkeit

Datenhalter/Finanzierung: GEK

Die Daten wurden dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover, zwecks Analysen von der GEK überlassen.

Datenzugang: Antrag bei der GEK

<http://www.gek.de>

c) Daten von AOK Mettmann und Ulm

Zielsetzung: Bereitstellung von Informationen zum Gesundheitszustand der AOK-Versicherten

Stichprobe: Mitglieder der AOK Mettmann (Vollerhebung) und Ulm

Startpunkt: 1987 – 1996 Mettmann bzw. 1997 – 2002

Erhebungsparameter: Es wurden jährlich folgende Leistungs- bzw. Abrechnungsdaten für die Analyse zur Verfügung gestellt:

- Alter, Geschlecht, Beruf, regionale Zuordnung/Bundesland, Arbeitslosigkeit, Beitragssatz
- Arbeitsunfähigkeit mit ICD-Diagnosen (Fälle, Tage/Dauer)
- Stationäre Behandlungen mit ICD-Diagnose und Dauer
- Arzneimittelverordnungen (Präparate, Packungsgrößen, Kosten)
- Sterblichkeit
- Reha-Leistungen

Datenhalter/Finanzierung: AOK Mettmann / AOK Ulm

Die Daten wurden dem Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf sowie der Universität Ulm zwecks Analysen zur Verfügung gestellt. Die Analysen wurden teilweise im Rahmen von Forschungsprojekten der Förderschwerpunkte ‚Public Health‘ und ‚Gesundheitsberichterstattung‘ des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert.

Datenzugang: Antrag bei der AOK Regionaldirektion Kreis Mettmann, Friedrich-Ebert-Str. 123, 42549 Velbert, Tel. 02051 – 9400, Aok.me@rla.aok.de; AOK Baden-Württemberg, Geschäftsstelle Ulm, Pfauengasse 24, 89073 Ulm,

Bemerkung: GKV-Daten stehen nicht grundsätzlich für Forschungszwecke zur Verfügung, können jedoch auf Anfrage bei den Kassen zugänglich gemacht werden. In der Regel muss dafür eine zeitlich befristete Projektabsicht formuliert werden. Für die Zu-

kunft ist zu erwarten, dass mehr Kassendaten, die nun im Rahmen des Risikostrukturausgleichs und der Disease Management Programme erhoben werden müssen, auf der Personenebene im Zeitverlauf analysiert werden können.

Referenzen:

Geyer, S & Peter, R. (1999). Occupational status and all-cause mortality. A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. *European Journal of Public Health*, 9, 114-118.

Krappweis, J. & Kirch, W. (Hrsg.) (1996). *Datengrundlagen für die pharmakoepidemiologische Forschung. Möglichkeiten und Grenzen*. München, Bern, Wien, New York: W. Zuckschwerdt Verlag.

www.wido.de

2.9 Novitas Versichertenbefragung

Zielsetzung: Im Rahmen der Versichertenbefragung soll eine kontinuierliche und vergleichende Erfassung von Versichertenpräferenzen und Patientenurteilen vorgenommen werden, um die Patientenorientierung im Gesundheitswesen beurteilen zu können.

Stichprobe: Zufallsstichprobe der Versicherten der Novitas-Betriebskrankenkasse

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle 1998: n = 2.760 realisierte Fälle
2. Welle 1999: n = 2.330 realisierte Fälle

Die 2. Welle war eine Panelbefragung mit Zusatzstichprobe; Panelquote: n= 1.800.

Design/Befragungsmodus: schriftliche Befragung

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Fragen zur Krankenversicherung und Krankenkasse
- Fragen zur ärztlichen Versorgung (Inanspruchnahme,
- Beurteilung/Zufriedenheit, Einstellung zu Reformvorschlägen)
- Fragen zum Gesundheitszustand und Krankheiten
- Soziodemographische Angaben

Das Erhebungsinstrument ist an dem HEDIS Member Satisfaction Survey³ orientiert.

3 HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set). Dieser Survey wird vom National Committee for Quality Assurance (NCQA) in den USA durchgeführt und stellt einen Member

Themenschwerpunkte der 1. Welle waren Fragen zum Beratungs- und Informationsmanagement, Themenschwerpunkte der 2. Welle innovative Versorgungsmodelle und Qualitätswettbewerb.

Datenhalter: Dr. Andersen, TU Berlin

Finanzierung: Novitas, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Datenzugang: Es ist kein Public Use File; Datenweitergabe muss über Dr. Andersen, TU Berlin, geregelt werden.

Bemerkung: Die Versicherten der Novitas-Betriebskrankenkasse, die die Grundgesamtheit darstellen, erlauben keine Verallgemeinerungen für die deutsche Bevölkerung.

Dr. Hanfried Andersen, TU Berlin, Institut für Volkswirtschaftslehre (Prof. Henke), Str. des 17. Juni, 10623 Berlin

Referenzen:

Andersen, H. & Schwarze, J. (1999). Der Versicherten-Report. Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung. Die Novitas-Befragung 1998, *Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrum Public Health*. Berlin.

Berliner Zentrum Public Health (BZPH) & Novitas Vereinigte BKK (2000). *Der Novitas Versicherten-Report 1999*. Berlin.

2.10 Alterssurvey

Zielsetzung: Der Alterssurvey stellt eine umfassende Untersuchung der „zweiten Lebenshälfte“ dar, also des mittleren und höheren Erwachsenenalters, mit dem Ziel, Informationsgrundlagen für politische Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit einerseits sowie Daten für die wissenschaftliche Forschung andererseits bereitzustellen. Die berufliche und nachberufliche Lebenssituation von älteren Menschen, ihre Familienbeziehungen, ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie ihre Vorstellungen und Lebensentwürfe im Alter stehen im Mittelpunkt des Interesses.

Stichprobe: Im Privathaushalt lebende Deutsche im Alter von 40 bis 85 Jahren (alte und neue Länder) bei der ersten Erhebung (Personenstichprobe aus 290 Gemeinden).

Satisfaction Survey zu den Komplexen ‚Krankenversicherung‘, ‚Zufriedenheit mit der Krankenversorgung‘, ‚tägliche Aktivitäten und Gesundheit des Befragten‘ sowie ‚Soziodemographie‘ dar.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle: 1996; n = 4.838 Probanden (40 – 85 Jahre)
2. Welle: 2002; n = 1.524 Probanden (46 – 91 Jahre)

Die 2. Welle wurde ergänzt um eine Replikationsstichprobe (Deutsche im Alter von 40 – 85 Jahren) und eine Ausländerstichprobe (Nicht-Deutsche im Alter von 40 – 85 Jahren).

Design/Befragungsmodus:

- mündliches Interview mit standardisiertem Fragebogen
- Selbstausfüll-Fragebogen („drop-off“)
- Schriftlicher Kurztest der kognitiven Leistungsfähigkeit

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie, Migrationserfahrung, Wohnsituation
- Erwerbstätigkeit und Übergang in den Ruhestand
- Materielle Lebensbedingungen
- Soziale Netze, soziale Unterstützung
- Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Partizipation
- Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Pflegebedürftigkeit
 - subjektive Gesundheit
 - schwere Krankheiten oder Verletzungen
 - Funktionseinschränkungen
 - Hilfs- und Pflegebedürftigkeit
 - Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, Krankenhausaufenthalte
 - Erhaltene häusliche, betreuende und pflegerische Hilfe
 - Hauptunterstützungsperson
 - Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung
 - Bezug der Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“
 - Gegebene häusliche, betreuende und pflegerische Hilfe an eine andere Person
 - Grad der eigenen Belastung durch diese Hilfeleistungen
 - Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung
 - Depressive Befindlichkeit
 - Lebensziele

Folgende standardisierte Erhebungsinstrumente wurden in beiden Erhebungswellen eingesetzt:

- PANAS-Scale (positive and negative affect scale von Watson, Clark & Tellegen)
- Lebenszufriedenheitsskala von Pavot & Diener
- HOPE-Skala zur Messung von Erwartungen
- Einsamkeitsskala nach De Jong-Gierveld & Kamphuis

Zusätzlich wurden in der zweiten Erhebungswellen folgende standardisierte Instrumente neu aufgenommen:

- WHOQOL-bref
- CES-D-Skala (ADS-Skala zu depressiven Symptomen)
- Rosenberg-Skala zur Messung des Selbstwertgefühles
- Messung der Zeit- und Zukunftsperspektiven nach Brandtstädter & Wentura
- Entwicklungsbezogene (Problem-)Bewältigung (Subskala „Flex“ der TenFlex-Skala)

Datenhalter: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Finanzierung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Datenzugang: Der Datensatz soll nach Projektende als Public Use File dem Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität Köln, übergeben werden.

Bemerkung: In Institutionen lebende, ältere Menschen sind in der Stichprobe in der ersten Welle nicht enthalten; es wurde aber versucht, Befragte der ersten Welle, sofern sie inzwischen in einem Heim leben, in der zweiten Welle einzubeziehen.

Referenzen:

Tesch-Römer, C., Wurm, S., Hoff, A. & Engstler, H. (2002). Die zweite Welle des Alterssurveys: Erhebungs-design und Instrumente. Berlin: *Deutsches Zentrum für Altersfragen: Diskussionspapier Nr. 35*.

Hoff, A., Tesch-Römer, C., Wurm, S. & Engstler, H. (2003). „Die zweite Lebenshälfte“: Längsschnittliche Konzeption des Alterssurveys. In K. Fred (Hrsg.). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema* (S. 185-204). Weinheim: Juventa.

www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html

2.11 Berliner Altersstudie (BASE)

Zielsetzung: Die Studie stellt ein interdisziplinäres Projekt dar, das die Erforschung der mentalen und physischen Gesundheit, der psychologischen Funktionsfähigkeit und der sozialen und ökonomischen Situation von älteren Menschen zum Ziel hat.

Stichprobe: Zufallsstichprobe aus dem städtischen Einwohnermeldeamt der 70- bis über 100jährigen Personen, die im ehemaligen West-Berlin leben. Bruttostichprobe: n = 1.908 Personen.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1990:	1. Welle:	n = 928, davon 526 Personen mit Fragebogen und Intensivprotokoll, die für die weiteren Wellen berücksichtigt wurden
1993/94:	2. Welle:	n = 359
1995/96:	3. Welle:	n = 206
1997/98:	4. Welle:	n = 132
2000:	5. Welle:	n = 82
2004:	6. Welle:	noch nicht abgeschlossen

Design/Befragungsmodus: mündliche Befragung (Grundinformationen), Beobachtungsprotokoll, Intensivprotokolle und medizinische Untersuchungen

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:*Befragung:*

- Soziodemographie und Prestige-Skala (Wegener)
- Lebensgeschichte
- Persönlichkeitstest
- Psychische Befindlichkeit, Depression
- Soziale Partizipation, soziale Ressourcen
- Kognitive Funktionen, funktionale Kapazität
- Gesundheitszustand, Krankheiten
- Medikation
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Subjektive Krankheitsüberzeugungen

Intensivprotokoll:

- Herkunftsfamilie und Berufsgeschichte
- Familiengeschichte und -beziehungen
- Ökonomische Lage und Aktivitäten
- Intelligenz und Leistungsfähigkeit
- Soziale Beziehungen
- Neuropsychologische Tests
- Psychiatrische Skalen
- Yesterday-Interview

Medizinische Untersuchung:

- körperliche Untersuchung
- Zahnärztliche Untersuchung
- Psychiatrische Untersuchung
- qCT, Dopplersonographie
- biochemische Blutuntersuchungen

Datenhalter: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

Finanzierung: Berlin-Brandenburger Akademie der Wissenschaften

Datenzugang: Anfragen bezüglich einer Datenweitergabe sind an das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung zu richten.

Bemerkung: Die Grundgesamtheit bezieht sich auf Berlin. Die Ergebnisse sind somit nicht ohne weiteres auf die deutsche Bevölkerung übertragbar.

Referenzen:

Smith, J. & Delius, J. (2003). Die längsschnittlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Design, Stichproben und Schwerpunkte 1990 – 2002. In F. Karl (ed.). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema* (S. 225-249). Weinheim: Juventa.

www.base-berlin.mpg.de

2.12 Interdisziplinäre Langzeit-Studie des Erwachsenenalters (ILSE)

Zielsetzung: Die Studie hat das Ziel, vor dem Hintergrund des demographischen Wandels die Alternsprozesse und ihre Rahmenbedingungen zu analysieren. Dabei sollen historische, epochale, biographische und soziale Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und auf die für ein gesundes, selbstbestimmtes und von Lebenszufriedenheit geprägtes Altern älterer Menschen bei zwei verschiedenen Kohorten (1930 – 1932 (K30) bzw. 1950 – 1952 (K50)) erfasst werden. An der Studie sind die Universitäten Bonn, Erlangen-Nürnberg, Heidelberg, Leipzig und Rostock beteiligt.

Stichprobe: pro Kohorte n = 692 Personen älter als 60 Jahre (1.384 gesamt)

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1993: Eingangsuntersuchung für die Kohorte 1930-1932

1995: Eingangsuntersuchung für die Kohorte 1950-1952

Follow-Up über 20 Jahre (Untersuchungen etwa alle 4 Jahre)

Design/Befragungsmodus:

- schriftliche Befragung
- Erhebung medizinischer und psychologischer Daten

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie
- Biomedizinische Parameter (klinischer Status, biomedizinische Leistungsparameter, Arzneimittelkonsum, gesundheitsbezogenes Verhalten)
- soziologische Einflussgrößen (objektive Lebensbedingungen, familiäres und außerfamiliäres Netzwerk,
- Bildungssysteme sowie gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen in verschiedenen biographischen Stadien)
- psychologische Variablen (Einstellungen, kognitive und soziale Kompetenz, Persönlichkeitsfaktoren, Selbstkonzept, Copingstile, Lebenszufriedenheit, Identität)
- Sport- und bewegungswissenschaftliche Parameter (motorische Leistungsfähigkeit, sportliche und körperliche Aktivitäten)

Datenhalter: Anfangs: Institut für Psychogerontologie, Erlangen-Nürnberg. Jetzt: Deutsches Zentrum für Altersforschung in Heidelberg.

Finanzierung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Land Baden-Württemberg, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie

Datenzugang: Da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, ist kein Public Use File verfügbar.

Bemerkung: Es handelt sich bei der Stichprobe um teilnahmebereite, deutschsprachige Personen der in einem zweistufigen Verfahren gezogenen Adressenstichprobe aus den beiden Kohorten.

Referenzen:

Oswald, W.D., Rupperecht, R., Kaiser, H.-J., Hagen, B. & Fricke, C. (1996). Interdisziplinäre Langzeit-Studie des Erwachsenenalters über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Alterns (ILSE). Kognitive Leistungsfähigkeit. Zwischenbericht. Erlangen.

www.geronto.uni-erlangen.de

www.uni-leipzig.de/forschb/01/2222.htm

www.dzfs.uni-heidelberg.de

Newsletter Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

2.13 Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER)

Zielsetzung: Die Studie zielt auf die Eröffnung von innovativen Wegen für die Früherkennung und Prävention chronischer Alterserkrankungen ab. Dabei stehen Herz-/ Kreislauferkrankungen und Krebskrankheiten im Mittelpunkt. Es handelt sich um eine bevölkerungsbezogene prospektive Kohortenstudie an etwa 10.000 Probanden im Alter von 50 – 74 Jahren. An der Datenerhebung sind etwa 420 niedergelassene Ärzte beteiligt.

Stichprobe: Grundgesamtheit sind die 50- bis 74jährigen mit Hauptwohnsitz im Saarland, die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte über die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V beim niedergelassenen Arzt.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle: 2000 – 2002: n = 9.961 Personen
 2. Welle: 2004 – 2006: n = bisher > 90 % der Ersterhebung
- Follow-Up's über 20 Jahre geplant (Untersuchungen etwa alle 2 Jahre)

Design/Befragungsmodus: *standardisierte Befragung (Selbstaussüllfragebogen)*

- Erhebung von Blut-, Urin-, Stuhlproben
- Integration von Daten zur Inzidenz und Mortalität von Krebserkrankungen aus dem Saarländischen Krebsregister

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie
 - Subjektive Morbidität
 - Operationen mit Indikation
 - Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
 - Subjektive Gesundheit
 - Schmerzen
 - Medikamenteneinnahme
 - Familienanamnese
 - Lebensgewohnheiten (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung)
- Bei Frauen: Menstruation, Schwangerschaften, Wechseljahre
- Medizinische Parameter (Blut, Urin, Stuhl, DNA)

Datenhalter: Deutsches Zentrum für Altersforschung in Heidelberg, Abteilung Epidemiologie (Prof. H. Brenner) und Gesundheitsberichterstattung Saarland – Krebsregister in Saarbrücken

Finanzierung: Land Saarland

Datenzugang: Da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, ist kein Public Use File verfügbar; Anfragen sind an das Deutsche Zentrum für Altersforschung zu stellen.

Bemerkung: Es handelt sich bei der Stichprobe um Teilnehmer an dem Gesundheits-Check up nach §25 SGB V aus dem Saarland im Alter von 50 – 74 Jahren (Selektion). Nicht deutschsprechende Probanden sind nicht einbezogen.

Referenzen:

www.dzfa.uni-heidelberg.de

www.soziales.saarland.de

2.14 *Heidelberger Langzeitstudie zu Risikofaktoren und Diagnose chronischer Erkrankungen (HEIDE)*

Zielsetzung: In der Studie soll der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Lebensstil und familiärer sowie beruflicher Umfeldbedingungen und Krebs sowie Herz-/ Kreislauf-erkrankungen im Zeitverlauf erhoben und analysiert werden.

Stichprobe: Im Jahre 1992 40- bis 65jährige Bewohner Heidelbergs

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1992: Erstuntersuchung: $n = > 5.000$

2002: Zweituntersuchung: $n = ?$ (Zahlen liegen nicht vor)

Design/Befragungsmodus: schriftliche Befragung (teilweise mündlich)

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie
- Persönlichkeitsmerkmale, psychische Faktoren
- Kognitive Funktionen
- Lebens- und Arbeitsgewohnheiten
- Ernährungsgewohnheiten, Bewegung
- Gesundheitlicher Status
- Krankheiten

Datenhalter: Deutsches Zentrum für Altersforschung, Heidelberg und Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

Finanzierung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Datenzugang: Da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, ist kein Public Use File verfügbar.

Bemerkung: Die Grundgesamtheit bezieht sich auf Heidelberg. Die Ergebnisse sind somit nicht ohne weiteres auf die deutsche Bevölkerung übertragbar. Im Gegensatz zu vielen anderen Längsschnittuntersuchungen wird bei dieser Studie versucht, die Personen mit Wohnsitzwechsel durch Kooperation mit den entsprechenden Einwohnermeldeämtern nachzubefragen.

Referenzen:

www.dzfa.uni-heidelberg.de

www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-6815.html

2.15 Gesundheitsbefragung KORA

Zielsetzung: Im Rahmen des MONICA-Projektes wurden seit 1985 in der Region Augsburg Daten zur Mortalität, Letalität und Inzidenz an koronaren Herzkrankheiten erhoben. Zusätzlich dazu wurden 3 Querschnitterhebungen (1985, 1990 und 1995) zum kardio-vaskulären Risikoprofil mit jeweils mehr als 4.000 Probanden im Alter von 25 – 74 Jahren durchgeführt. In den Jahren 1998 und 2002/03 wurde aus diesen 3 Querschnittsstudien im Rahmen der KORA-Studie eine Kohorte untersucht und befragt, um Informationen über den Gesundheitszustand und Krankheiten zu erhalten sowie neue Risikofaktoren zu identifizieren.

Stichprobe: Studienpopulation (Grundgesamtheit) sind die 13.427 Probanden aus Augsburg und Umgebung der 3 MONICA-Querschnitterhebungen.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

Follow-Up (1998): n = 8.548 Personen

Follow-Up (2002/03): n = 9.144 Personen

Design/Befragungsmodus: medizinische Untersuchung und schriftliche Befragung

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

Medizinische Untersuchung:

- EKG
- Blutdruckmessung
- Oraler Glukosetoleranztest
- Körperfettanteil
- Blutwerte in Bezug auf Risikofaktoren
- Augenhintergrund

Schriftliche Befragung:

- Gesundheitszustand
- Rauchen
- Körperliche Aktivität
- Chronische Krankheiten
- Arzneimittelkonsum (7 Tage)
- Soziodemographie

(Befragungsinstrument ist kompatibel mit dem des Bundesgesundheitssurvey.)

Datenhalter: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF), Institut für Epidemiologie, München

Finanzierung: GSF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Datenzugang: eine Weitergabe der Daten kann bei der GSF, München, beantragt werden.

Bemerkung: Die Grundgesamtheit bezieht sich auf die Region Augsburg und Umland, so dass keine Verallgemeinerungen der Ergebnisse für die deutsche Bevölkerung möglich sind.

Referenzen:

Mielck, A., Janssen, C., Helms, A., Papke, K., Füchle-Reiter, A., Sedelmeier, A. et al. (1999). Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA). Projekt KORA-A: ‚Krankheitsfolgen von Diabetes mellitus: Medizinische und nicht-medizinische Folgen für die Patienten‘. Studienorganisation und -materialien. *GSF-Bericht 13/99*. Neuherberg.

www.gsf.de/kora/kora-projekte.htm

2.16 Spandauer Gesundheitstest

Zielsetzung: Der Spandauer Gesundheitstest, eine prospektive Kohortenstudie des Robert-Koch-Institutes (RKI), Berlin, dient der Beobachtung von Entstehung und Verlauf ausgewählter Krankheiten (Schwerpunkt: Herz-/Kreislaufkrankheiten) und deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Leistungen.

Stichprobe: In der ersten Erhebung im Jahre 1982/83 nahmen 3.863 Spandauer Bürger im Alter von 15 – 88 Jahren teil. Im Abstand von 2 Jahren wurden bis zum Jahre 2000/01 Follow-Ups durchgeführt. In den einzelnen Erhebungswellen (insbesondere zu Beginn) wurden zusätzliche Probanden aufgenommen, so dass nicht bei allen Probanden Daten aus 10 Erhebungswellen vorliegen. Insgesamt wurden mehr als 7.000 Probanden medizinisch untersucht und befragt. Für ca. 2.500 Probanden liegen Daten aus einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren vor. Seit Beginn der Erhebung sind ca. 950 Personen verstorben.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle (1982/83): n = 3.863 Probanden
2. Welle (1984/85): n = 3.618 Probanden, davon 2.851 aus 1. Welle
3. Welle (1986/87): n = 4.237 Probanden, davon 2.350 aus 1. Welle
4. Welle (1988/89): n = 3.798 Probanden, davon 1.934 aus 1. Welle
5. Welle (1990/91): n = 2.807 Probanden, davon 1.582 aus 1. Welle
6. Welle (1992/93): n = 2.337 Probanden, davon 1.280 aus 1. Welle
7. Welle (1994/95): n = 2.111 Probanden, davon 1.103 aus 1. Welle
8. Welle (1996/97): n = 1.997 Probanden, davon 1.002 aus 1. Welle
9. Welle (1998/99): n = 1.902 Probanden, davon 924 aus 1. Welle
10. Welle (2000/01): n = 1.812 Probanden, davon 868 aus 1. Welle

Design/Befragungsmodus: Schriftliche Befragung und physikalisch-körperlichen Untersuchung einschliesslich Blut- und Urinanalyse sowie Lungenfunktionsprüfung. Zudem wird ein Mortalitäts-Follow-Up durchgeführt, bei dem das Sterbedatum, Sterbealter, Sterbeort, Grundleiden und Begleiterkrankungen erfasst werden.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:*Medizinische Parameter:*

- Gewicht
- Körpergröße
- Blutdruck
- Puls
- Lungenfunktion
- Nitrit im Urin

Urinwerte:

- pH-Werte
- Eiweiß
- Glukose
- Ketonkörper
- Urobilinogen
- Blut im Urin
- Leukozyten

Fragebogen:

- Soziodemographie
- Alkoholkonsum
- Rauchen
- Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes

- Sportliche Aktivität
- Krankheiten
- Allergien
- Rheumafragen (3. – 7. Welle)
- Lebensqualität (SF 36 – nur 10. Welle)
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (nur 10. Welle)
- Medikamentenanamnese (nur 10. Welle)

Datenhalter/Finanzierung: Robert-Koch-Institut, Berlin; Eigenmittel

Datenzugang: kein Public Use File, aber Anfragen und ggf. Datenweitergabe über das RKI möglich.

Bemerkung: Es handelt sich um ein Panel, für dessen Teilnehmer jedoch nicht die Daten von allen Erhebungswellen vorliegen. Da es sich mit Berlin-Spandau um eine umschriebene städtische Region handelt, sind Verallgemeinerungen für Deutschland nur eingeschränkt möglich.

Referenzen:

Eller, U., Knopf, H., Ziese, T., Kant, H. & Riedel, R. (2003). Der Spandauer Gesundheitstest – Beschreibung der Studie. *Das Gesundheitswesen*, 102-108.

www.rki.de

2.17 Recall-Studie (Nixdorf) (Risk Factors, Evaluation of Coronary Calcification, and Lifestyle)

Zielsetzung: Untersuchung der Prävalenz von Herz-/Kreislaufkrankheiten, kardiovaskulären Risikofaktoren, der Lebensumstände sowie der Krankheitskosten, um ausgewählte Untersuchungsverfahren auf ihre Eignung hinsichtlich des frühzeitigen Erkennens von Herzinfarkt und Herztod in der Bevölkerung zu eruieren.

Stichprobe: Bürger und Bürgerinnen der Städte Bochum, Essen, Mülheim an der Ruhr; Zufallsstichprobe von Männern und Frauen im Alter von 45 – 75 Jahren; Einladung durch das Studienzentrum.

Startpunkt/Zahl der Wellen: Untersuchungsbeginn im Jahre 2001; jährliche Befragung über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren (Studie läuft bis 2007).

Design/Befragungsmodus: medizinische Untersuchung, mündliches Interview und schriftliche Befragung.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:*Medizinische Untersuchung:*

- Blutabnahme, -analyse (Cholesterin, HDL, LDL,
- Messung von Körpergröße und -gewicht
- Blutdruckmessung an Arm und Bein
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader
- Elektronenstrahltomographie
- Körperliche Untersuchung

Persönliches Interview und schriftliche Befragung:

- Risikofaktoren
- Krankheiten
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Rauchen
- Sportliche Aktivität
- Lebensumstände
- Soziale Unterstützung

Datenhalter: Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Essen (Prof. Joeckel)

Finanzierung: Heinz-Nixdorf-Stiftung, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Datenzugang: kein Public Use File; Datenzugang muss über Prof. Joeckel geklärt werden.

Bemerkung: Die Grundgesamtheit bezieht sich auf die 45- bis 75jährige deutsche Bevölkerung der Städte Bochum, Essen und Mülheim. Verallgemeinerungen der Studienergebnisse auf die deutsche Bevölkerung sind deshalb nur eingeschränkt möglich.

Referenzen:

www.recall-studie.uni-essen.de/recall_info.html und
www.recall-studie.uni-essen.de/recall_untersuch.html

2.18 Frauen-Leben-Gesundheit in Bremen

Zielsetzung: In dem Projekt sollen Belastungen und Ressourcen im Lebenszusammenhang von Frauen untersucht werden. Dabei soll eine Rekonstruktion der Biographie, die auch besondere Lebensereignisse, Übergänge und Statuspassagen in ihren gegenseitigen Abhängigkeiten umfasst, vorgenommen werden. Ferner sollen Informationen zur Bewältigung und zur subjektiven Bewertung der Frauen sowie Aspekte der Lebensplanung und Handlungsoptionen erfasst werden.

Stichprobe: Die Grundgesamtheit stellen Frauen der deutschen Wohnbevölkerung (nicht institutionalisiert = nicht in Heimen, Klöstern, Frauenhäusern, Gefängnissen o.ä.) im Alter von 25 – 69 Jahren in Bremen-Stadt dar, die am zweiten Regionalen Gesundheitssurvey der DHP und Monica-Survey im Jahre 1991 teilgenommen haben.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle 1991: n = 1.231
2. Welle 1996: n = 718

Design/Befragungsmodus: Selbstausfüll-Fragebogen (postalische Befragung nach vorheriger telefonischer Kontaktaufnahme)

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie
- Erwerbstätigkeit/Beruf
- Private Lebensformen/Familienleben/Kinder
- Freizeit/Hobbys/Erholung
- Gesundheit (Medikamentengebrauch, Gesundheitszustand, Beschwerden, Gesundheitsverhalten/Risikofaktoren, Rekreatiionsstrategien, präventives Handeln)
- Lebensziele/Lebenszufriedenheit
- Klimakterium/Wechseljahre
- Erfahrungen mit Gewalt
- Gesamtbewertung der Lebenssituation

Datenhalter: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen;

Finanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), teilweise Eigenmittel des BIPS.

Datenzugang: Es steht kein Public Use File zur Verfügung, eine Weitergabe der Daten kann beim BIPS, Bremen, beantragt werden.

Bemerkung: Die Grundgesamtheit betrifft deutsche Frauen im Alter von 25 – 69 Jahren bei der 1. Erhebung in der Stadt Bremen, die nicht in Institutionen leben. Verallgemeinerungen auf die deutsche weibliche Bevölkerung sind nur eingeschränkt möglich.

Referenzen:

Hinze, L., Tomaszewski, K., Merfert, A., Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B., Bergmann, K., Jahn, I. (1999). Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.). *Public-Health-Forschung im Deutschland* (S. 62-69). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag.

Jahn, I., Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B., Bammann, K. (1998). Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.). *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik* (S. 74-88). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag.

<http://www.bips.uni-bremen.de/>

2.19 Regionale Basisstudie Vorpommern (Study of Health in Pommerania = SHIP)

Zielsetzung: Durch die Studie sollen Prävalenzschätzungen zu einem breiten Spektrum von Erkrankungen, Risiko- und Gesundheitsfaktoren in einer Region der ehemaligen DDR zur Verfügung gestellt werden.

Stichprobe: Die Zufallsstichprobe umfasst 7008 Frauen und Männer im Alter von 20 – 79 Jahren in 32 Gemeinden Vorpommerns. Die erwartete Stichprobe beträgt 4.900 Fälle.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1.Welle (1997 – 2001): n = 4.141

5-Jahres-Follow-Up-Untersuchungen bis 2007

Design/Befragungsmodus: Es werden zahnmedizinische und medizinische Untersuchungen, ein computergestütztes Interview sowie eine schriftliche Befragung mit einem gesundheits- und risikofaktoren-bezogenen Fragebogen durchgeführt.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

Zahnmedizinische Untersuchung:

- Untersuchung der Zähne
- Untersuchung des Zahnhalteapparates
- Untersuchung des kranio-mandibulären Systems
- Untersuchung der Prothetik

Medizinische Untersuchung:

- Blutdruckmessung
- EKG
- ECG
- Sonographie der Arteria carotis, Schilddrüse, Leber
- Neurologisches Screening
- Blut- und Urinanalyse

Interview:

- kardiovaskuläre Symptome (Rose-Fragebogen)
- Inanspruchnahme medizinischer Hilfen
- Medikamenteneinnahme
- Gesundheitsbezogenes Verhalten (Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen)
- Arbeitsbedingungen
- Sozioökonomische Variablen

Selbstaussfüllfragebogen:

- Wohnsituation
- soziales Netzwerk (Social Network Index)
- Arbeitsbedingungen/Stress (SF Karasek Fragebogen)
- Subjektives Befinden (SF 12, CID-S, Zerssen-Liste)
- Alkohol-Trinkmenge und Veränderungsbereitschaft (Prochaska)
- Persönliche Bewertung der Lebenssituation

Datenhalter: Universität Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin.

Finanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Datenzugang: Da die Datenerhebungen noch nicht abgeschlossen sind, steht noch kein Public Use File zur Verfügung.

Bemerkung: Die Daten beziehen sich auf die 20- bis 79jährigen, deutschen Bewohner von 32 Gemeinden Vorpommerns und enthalten auch in Institutionen lebende Menschen. Personen, die verstorben oder weggezogen sind, gelten als drop-out und werden nicht weiter verfolgt.

Referenzen:

John, U., Greiner, B., Hensel, E., Lüdemann, Piek, M., Sauer, S., Adam, C., Born, G., Alte, D., Greiser, E., Härtel, U., Hense, H.-W., Haerting, J., Willich, S. & Kessler, C. (2001): Study of Health in Pomerania (SHIP): A health examination survey in an east German region. Objectives and design. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 186-194.

Hensel, E., Gesch, D., Biffar, R., Bernhardt, O., Kocher, T., Splieth, C., Born, G. & John, U. (2003). Study of Health in Pomerania (SHIP): A health survey in an east German region. Objectives and design of the oral health section. *Quintessence International*, 34, 370-378.

<http://www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/>

2.20 Suchtstudie Lübeck (Transitions in Alcohol Consumption and Smoking = TACOS)

Zielsetzung: Analyse des Substanzmissbrauchs im Kontext biologischer und psychosozialer Faktoren von Drogenabhängigkeit

Stichprobe: Zufallsstichprobe der 18- bis 64jährigen Einwohner von Lübeck und 46 Gemeinden der Umgebung

Startpunkt/Zahl der Wellen:

Basiserhebung: n = 4.075

1. Follow-Up (1996/97, 30 Monate nach Erstuntersuchung): n = 1.520

2. Follow-Up (1998/99, 36 Monate nach Erstuntersuchung): n = 913

Design/Befragungsmodus:

Computer-unterstütztes Interview (CATI) (t1)

Selbstausfüllfragebogen per Post (t2 und t3)

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

- Soziodemographie
- Arbeitsbedingungen
- Psychische Störungen (CIDI)
- Zigarettenrauchen
- Nikotinabhängigkeit (FTND-Test)
- Änderungsbereitschaft bezüglich Rauchen, Trinken
- Familiäre Situation
- Inanspruchnahme suchtspezifischer und medizinischer Hilfen
- Selbstwirksamkeit
- Lebenszufriedenheit

Datenhalter: Universität Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin

Finanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Datenzugang: kein Public Use File; Datenverfügbarkeit muss über die Universität Greifswald geklärt werden.

Bemerkung: Die Daten beinhalten zum Zeitpunkt der Ersterhebung 18- bis 64jährige, deutschsprachige Bewohner von Lübeck und 46 Gemeinden in der Umgebung, die nicht in Institutionen leben. Personen, die zwischenzeitig verstorben oder weggezogen sind, werden nicht weiter verfolgt.

Referenzen:

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Schumann, A., Hapke, U. & John, U. (2003). Intentionally reduced smoking among uncreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*, 98, 1101-1110.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2002). Naturalistic changes in the readiness to quit tobacco smoking in a German general population sample. *Preventive Medicine*, 35, 326-333.

<http://www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/>

2.21 European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition – EPIC

Zielsetzung: Die prospektive Kohortenstudie „Gesundheit, Ernährung, Krebs“ (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition – EPIC) dient der weiteren Klärung des Zusammenhangs von Ernährung und Krebs. Sie wird in 10 europäischen Ländern seit dem Jahre 1992 durchgeführt (n = 520.000 freiwillige Studienteilnehmer insgesamt).

Stichprobe: Es werden erwachsene Personen, die sich freiwillig zur Teilnahme an der Studie bereit erklären, aus dem Raum Heidelberg und Umland in die Studie einbezogen.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle (1996 – 1998): n = 25.543
 2. Welle (1998 – 2001): n = 93,5 % der 1. Welle
 3. Welle (2001 – 2003): n = 91,7 % der 1. Welle
- Alle 2 Jahre ist ein Follow-Up über 20 Jahre geplant.

Design/Befragungsmodus: Es wird eine medizinische Untersuchung und eine interviewbasierte Befragung mit einem quantitativen Ernährungsfragebogen durchgeführt. Zudem wird ein Mortalitäts-Follow-Up sowie die Erfassung der Krebsinzidenz vorgenommen.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

Medizinische Untersuchung:

- Blutanalyse inkl. DNA-Material
- Blutdruckmessung
- Körpermessungen (Größe, Gewicht etc.)

Befragung (Selbstaussfüllbogen):

- Ernährungsgewohnheiten, Portionsgrößen und Verzehrshäufigkeiten von 148 Lebensmitteln
- Rauchgewohnheiten

- Körperliche Aktivität
- Subjektives Befinden
- Krankheitsgeschichte
- Einnahme von Medikamenten, Hormonpräparaten, Nahrungsergänzungstoffen
- Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchung

24-Stunden-Ernährungsprotokoll in einer Unterstichprobe

Datenhalter: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg und Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIFE), Potsdam-Rehbrücke

Finanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Europäische Union, Deutsche Krebshilfe

Datenzugang: bisher steht kein Public Use File zur Verfügung; eine Datenweitergabe kann über das DKFZ, DIFE oder das Koordinierungszentrum im International Agency for Research on Cancer IARC in Lyon beantragt werden.

Bemerkung: Die Daten beziehen sich auf die erwachsene Allgemeinbevölkerung (angestrebtes Alter: Frauen 35 – 65 Jahre, Männer 40 – 65 Jahre) in der Region Heidelberg, die *freiwillig* an der Studie teilnehmen (Selektionsbias – wobei im Zweifelsfall mit erheblichen Selektivitäten zu rechnen ist).

Referenzen:

Riboli, E. et al. (2002). European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): study populations and data collection. *Public Health Nutrition*, 5 (6B), 1113-1124.

EPIC-Newsletter

www.krebsgesellschaft.de/epic

www.iarc.fr/EPIC/intro.html

www.dkfz-heidelberg.de/epi/Home_d/

2.22 VERDI (VERlauf der Diagnostischen Abklärung bei Krebserkrankungen)

Zielsetzung: In der Studie soll eine systematische Untersuchung des für die Prognose wichtigen Ablaufs der diagnostischen Abklärung von Krebserkrankungen vorgenommen werden, um Risikogruppen und Hauptursachen für eine verzögerte Abklärung zu erkennen und in ihrer Bedeutung zu quantifizieren. Die Prognose eines bösartigen Tumors ist entscheidend abhängig von dessen Stadium zum Diagnosezeitpunkt. Lediglich aufgrund effektiver Früherkennungsmaßnahmen konnte die Sterblichkeit etwa für den Gebärmutterkrebs inzwischen deutlich gesenkt werden. Die meisten Krebserkrankungen werden jedoch erst in fortgeschrittenen Stadien aufgrund von Symptomen diagnostiziert. Bis zur definitiven Abklärung und Behandlung verstreichen häufig mehrere Monate.

Gemeinsam mit dem Saarländischen Krebsregister führt die Abteilung Epidemiologie des Deutschen Zentrums für Altersforschung (Leiter Prof. Dr. Hermann Brenner – früher Universität Ulm) die für Deutschland erste systematische Untersuchung des für die Prognose wichtigen Ablaufs der diagnostischen Abklärung von Krebserkrankungen durch. Hierbei werden Mamma-, Colorectal-, Magen-CA betrachtet.

Nach jahrzehntelanger weitgehend vollständiger Erfassung aller Krebsfälle seines Einzugsgebiets gilt das Saarländische Krebsregister heute als das mit Abstand aussagekräftigste epidemiologische Krebsregister in Deutschland. Allerdings macht das Datenschutzrecht eine direkte Rekrutierung von Probanden für die Studie aus dem Krebsregister unmöglich. Statt dessen wurde nun durch Kontakt über Kliniken im Saarland und in Rheinland-Pfalz versucht, Patienten direkt auf freiwilliger Basis zu rekrutieren, und die Daten des Saarländischen Krebsregisters als Referenz zur Prüfung der Repräsentativität der Freiwilligenstichprobe zu nutzen.

Zweck der Studie ist es, Risikogruppen und Hauptursachen für eine verzögerte diagnostische Abklärung zu erkennen und in ihrer Bedeutung zu quantifizieren. Diese Ergebnisse könnten dann für gezielte Aufklärungsmaßnahmen oder Angebote einer verbesserten Früherkennung genutzt werden und langfristig zu einer Erhöhung der Lebenserwartung und Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

Stichprobe:

Grundgesamtheit: alle 1. Oktober 1996 – 28. März 1998 erstdiagnostizierten Patienten mit Mamma-, Colorectal-, Magen-CA mit Wohnort im Saarland, Alter 18-80 Jahre.

Die Rekrutierung erfolgt über saarländische und rheinland-pfälzische Kliniken.

Startpunkt/Zahl der Wellen:

1. Welle: 05.10.1996 – 31.03.1998 (persönlich mündlich) n = 908
2. Welle: 01.10.1997 – 28.02.1999 (postalisch) n = 657 (83% der Überlebenden)
(114 im Intervall verstorben)
3. Welle: 15.11.1999 – 06.12.2001 (postalisch) n = 495 (154 im Intervall verstorben)
4. Welle: 25.07.2003 – 30.06.2004 (postalisch) n = 470 (104 im Intervall verstorben)

In Welle 3 wurden nur Teilnehmer der Welle 2 angeschrieben. In Welle 4 wurden alle Teilnehmer der Welle 1 angeschrieben, es sein denn, sie waren als bereits verstorben dokumentiert.

Es wurde ein Mortality-Follow-Up jeweils bei Nicht Beantwortung der versandten Fragebögen für die schriftliche Erhebung der Wellen 2 – 4 durchgeführt. Bezüglich des Vitalstatus ist ein kompletter Verlauf für alle Teilnehmer der Welle 1 vorhanden.

Design/Befragungsmodus: Es werden mündliche Interviews und schriftliche Befragungen durchgeführt.

Untersuchungsprogramm/Fragebogen/Instrumente:

Basiserhebung:

- demographische Standards
- Beschwerden der akuten Carcinomerkrankung
- Vorerkrankungen
- Familienanamnese
- Gesundheitsverhalten (Ernährung, Sport, Rauchen)
- medizinische Versorgungsangebote
- soziale Unterstützung
- Biomedizinische Angaben aus der Krankenakte (Klinik, Labor, Pathologie)
- Von allen Patienten wurde bei der ersten Welle eine Blutprobe entnommen und das Serum in Ulm bei -80° C eingefroren. An diesen Seren soll nach Abschluß des Erfassungszeitraums mit Hilfe von Antikörper-bestimmungen genauer abgeklärt werden, welche Bedeutung verschiedenen Stämmen des Magenkeimes *Helicobacter pylori* bei der Entstehung des Magenkrebses zukommt.
- Lebensqualität mit EORTC QLQ C30,
- tumorspezifische Module (erstmal in der 4. Welle)

Datenhalter: Deutsches Zentrum für Alternsforschung / Abt. Epidemiologie

Finanzierung: deutsche Krebshilfe (Welle 1 – 2)

Erhebungsinstitut: Deutsches Zentrum für Alternsforschung / Abteilung Epidemiologie

Datenzugang: über Deutsches Zentrum für Alternsforschung / Abteilung Epidemiologie

Referenzen:

www.dzfa.uni-heidelberg.de/epi/krebsepidemiologie.html

Korrespondenzadressen

*Prof. Dr. Dr. Ulrich O. Mueller
Philipps Universität Marburg
Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Soziologie
und Sozialmedizin
Bunsenstrasse 2
D – 35033 Marburg
email: mueller2@mail.uni-marburg.de*

*Dr. Cornelia Bormann
Koordinationsstelle Gesundheits-
versorgungsforschung
Bibliothekstr. 1
D – 28359 Bremen
email: cbormann@uni-bremen.de*